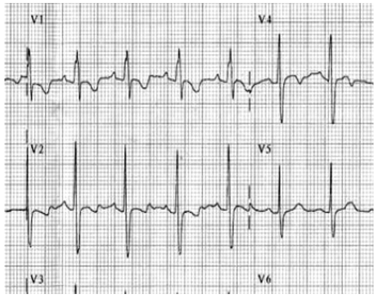
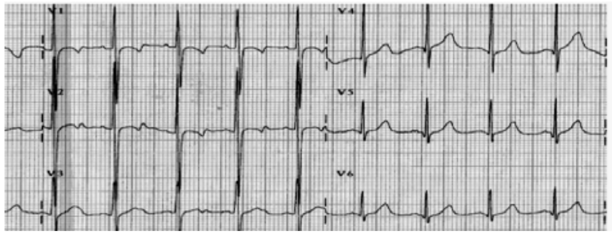
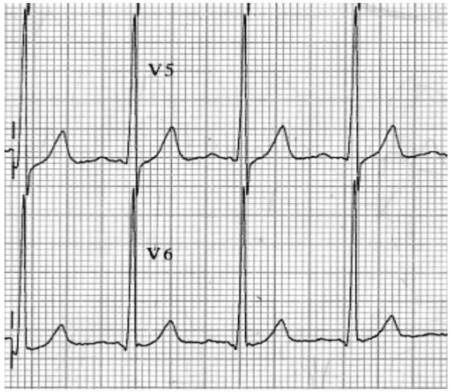
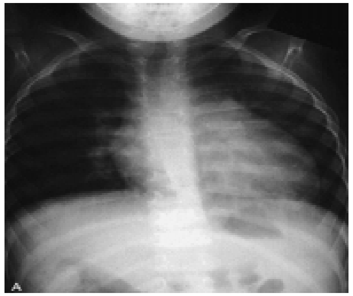
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

	La Communication inter auriculaire	La Communication interventriculaire	La persistance du canal Artériel
Les signes fonctionnels	➢ Les enfants sont le plus souvent asymptomatiques, mais présentent parfois de nombreuses infections pulmonaires, reflet du grand débit pulmonaire. ➢ Apparition des signes à l'âge adulte : ✓ TDR auriculaire (reflet de la dilatation d'OD) ✓ HTAP exceptionnelle (altérations artériolaires pulmonaires, mais Eisenmenger est exceptionnel.) ✓ une IC (surcharge VD chronique, développement d'une IM). ✓ risque d'embolie paradoxale (veine => OD=> OG => systémique)	La tolérance est variable et dépend du débit pulmonaire: ✓ Excellente dans les CIV à petit shunt (maladie de Roger) et à pressions pulmonaires normales ou les CIV protégées par un RP. ✓ Les CIV à gros shunt : dés les 1 er mois : - Signes d'IC - Phénomène broncho-pulmonaires (polypnée, dyspnée, toux) ↗ par le repas et par les infections broncho-pulmonaires ✓ Le retard pondéral et asthénie à la tétée ✓ Un petit nombre de CIV peuvent évoluer à bas bruit vers l'HTAP.	Chez le prématuré Les signes périphériques sont proches de ceux observés dans IAo, avec élargissement de la ≠ielle aux MI. A l'auscultation : un souffle systolique ou systolo-diastolique sous claviculaire gauche. des signes de décompensation cardiaque ou/et pulmonaire. chirurgicale du canal. Chez les nouveau-nés à terme et les enfants :des signes pulmonaires à type de pneumopathies à répétition ou de dyspnée d'effort. .A l'auscultation on retrouve un souffle continu à renforcement systolique sous claviculaire gauche, mimant "une locomotive dans un tunnel", frémissant. Peuvent s'y associer des souffles de débit mitral et aortique. En périphérie : élargissement de la ≠ielle (reflux de l'aorte dans l'AP)
Les signes physiques	❖ souffle systolique (de débit, réalisant un RP fonctionnel) ❖ dédoublement du B2 : non modifié par la respiration (l'↗ du retour veineux par l'inspiration est distribué dans les 2 oreillettes du fait de la communication large)	→Inspection : Négatif dans les CIV à petit shunt et marquée par une déformation thoracique (de Davies) dans les gros shunts avec hypertrophie +- marquée →Palpation : frémissement systolique max au № de l'apex et au bord gauche du sternum, son irradiation vers le haut et le bas fait suspecter un RP associé. →Auscultation : souffle intense maximal à l'apex irradié en « rayon de roue » holosystolique en jet de vapeur sans renforcement mésosystolique ; roulement diastolique d'hyperdébit au FM dans les CIV à gros shunt ;	

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

ECG	L'HVD (rSR' ou rsR' dans les précordiales droites=> BBDi) traduit la surcharge de volume VD. 	➢ A petit shunt : Normal ➢ A gros shunt : HVG diastolique puis HVG combinée lorsque PAP↗ ou HVD si RP associé à la CIV ➢ CIV musculaires→ AQRS à gauche 	HVG type surcharge diastolique 
Radiographie du Thorax	➢ Cardiomégalie aux dépends des cavités droites et de l'AP ➢ Redistribution de la vascularisation pulmonaire aux sommets. 	✓ Normal : CIV à petit shunt ✓ Cardiomégalie aux dépends des cavités gauches ✓ Dilatation de l'AP et ses branches (gros shunt) Avec hypervascularisation périphérique. ✓ Vascularisation normale si RP ! 	Cardiomégalie aux dépend Des cavités intéressées par l'hyper débit - un AMG convexe→ forte dilatation de l'AP - les AP droite et gauche peuvent apparaître dilatées au № des hiles. - la crosse de l'aorte et VG sont dilatée - la vascularisation pulmonaire est ↗ : surcharge Parfois OAP.

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

Plus de cours sur: www.la-faculte.net merci pour votre visite

Échographie	• La visualisation directe de la CIV par voie sous costale est possible (septum inter-auriculaire perpendiculaire aux ultrasons). • recherche une anomalie associée, et étudie l'importance du shunt gauche-droite par l'étude du rapport des débits pulmonaire et aortique.	- L'échographie2D Met en évidence le défect septal, Précise le siège de la CIV et Mesure la taille du défect septal - Le Doppler couleur : Objective le flux sanguin à travers la communication - Le Doppler continu : MEE du Flux anormal à travers le SIV et La mesure du pic de vélocité et du gradient de la pression entre les deux ventricules permet d'estimer les pressions pulmonaires	Confirme le diagnostic et évalue la gravité : - <u>En mode B2 :</u> elle MEE le CA entre l'aorte et L'AP. - <u>Au doppler couleur</u> : visualisation du flux de CA - <u>Au doppler continu:</u> mesurer la vitesse du flux : gradient AO-AP d'autant moins important que le CA est large témoignant d'une HTAP
Cathétérisme droit	→La sonde passe par la CIA et permet de réaliser un cathétérisme gauche sans ponction artérielle. →On étudie le contenu en oxygène veineux, artériel pulmonaire et artériel systémique pour calculer le rapport du débit pulmonaire sur débit systémique (Qp/Qs)	Pratiqué uniquement en présence de lésions associées et de cardiopathie complexes. <u>Le cathétérisme droit</u> Mesurer les pressions pulmonaire Recherche d'un gradient pulmonaire et Calcule les résistances pulmonaires ---> HTAP? HTAP précapillaire? Franchissement du défect septal	le cathétérisme permet d'évaluer les pressions pulmonaires et de réaliser des oxymétrie, qui vont montrer l'enrichissement du sang veineux enoxygène.et de calculer le rapport des débits pulmonaire et systémique.
traitement — Chirurgie	Correction chirurgicale entre 2 et 4 ans si Qp/Qs> 1,5 : suture simple ou patch de correction. La pose des ombrelles est en cours d'étude.	• La date de la chirurgie dépend de la taille et de la localisation de la CIV • <u>Les CIV larges hyperdébitante et mal-tolérée</u> - Cerclage de l'AP<<< âge de 3 mois - Réparation chirurgicale complète au cours de la 1 année - La chirurgie s'effectue sous CEC - Risque de BAV postopératoire par lésion des faisceaux de HIS Particulièrement pour les CIV d'admission et péri membraneuses	La fermeture du canal artériel :Doit se concevoir à un âge < 1 an - <u>Chez le prématuré</u> :par les ANIS (indométacine ou ibuprofène) - <u>chez le nouveau né</u> : par fermeture chirurgicale, la voie d'abord est une thoracotomie postérieure gauche : ligature section du canal - <u>chez le nourrisson</u> : une fermeture percutanée est possible par un système d'occlusion

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

	Médical	• La prévention Osler (EI) • Les antiarythmiques si apparaissent des TSSV qui peuvent compliquer la chirurgie comme l'évolution spontané.	→<u>Diminuer la surcharge pulmonaire</u> Par : Diurétiques ,Digoxine, et IEC : <u>baisser les résistances systémiques</u> →Restauration d'une éventuelle anémie: banding médical	l'indometacine (inhibiteur des prostaglandines), Ttt de l'IC : Digitaliques, diurétique
EVOLUTION		L'évolution se fait à bas bruit vers une forme évolutive appelée CIA vieillies, avec des manifestations d'ICD et des TDR auriculaire vont apparaître, ils sont constants à la 5 décennie. les complications des arythmies seront : ✓ les thromboses de l'OG ✓ les embolies paradoxales. l'apparition de la maladie vasculaire pulmonaire obstructive est rare en cas de CIA.	1. <u>Modalités évolutives</u> a) <u>Favorable</u> - diminution progressive de la taille de la CIV - diminution des pressions pulmonaires - fermeture totale du défect b) <u>Défavorable</u> Persistance d'une CIV à gros débit: Broncho-pneumopathies fréquentes HTAP fixée en l'absence de chirurgie avant l'âge de 1 AN : syndrome d'Eisenmenger 2<u>. la surveillance des CIV</u> Les CIV larges doivent bénéficier d'une surveillance clinique et échocardiographique régulière durant la première année de la vie, afin de détecter une éventuelle évolution favorable et d'indiquer la chirurgie, en cas de persistance d'un gros shunt avec une HTAP.	l'HTAP pré capillaire irréversible L'endocardite infectieuse L'insuffisance cardiaque